

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 23 Juillet 1895, à 1 heure

Par GEORGES LANIOL

Médecin dentiste des Dispensaires.

Médecin inspecteur des Écoles de la ville de Paris.

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 22 mars 1863.

DE L'ANTISEPSIE BUCCALE

ET SPÉCIALEMENT

DE SES APPLICATIONS A L'ART DENTAIRE

Président : M. BERGER, professeur

Professeur : M. HUMBERT, professeur.

Agrégés : MM. { SCHWARTZ.
NÉLATON.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 23 Juillet 1895, à 1 heures

Par GEORGES LANIOL

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 22 mars 1863.

Médecin dentiste des Dispensaires.

Médecin inspecteur des Écoles de la ville de Paris.

DE L'ANTISEPSIE BUCCALE

ET SPÉCIALEMENT

DE SES APPLICATIONS A L'ART DENTAIRE

Président : M. BERGER, professeur.

Professeur : M. HUMBERT, professeur.

Agrégés : MM. { SCHWARTZ.
NÉLATON.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Souvenir d'affection filiale.

A MA FEMME

A MON BEAU-PÈRE

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DENTAIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER,

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'art dentaire n'a pas, si étonnant que cela puisse paraître, bénéficié autant que les autres branches de la médecine des immenses progrès dus à l'application des méthodes antiseptiques. Tandis que la notion (sinon la pratique parfaite), de l'antisepsie est aujourd'hui entrée dans l'esprit médical, à de rares exceptions près, beaucoup de dentistes croient satisfaire à toutes les obligations professionnelles en opérant bien et en faisant de bons appareils prothétiques. Sans doute, ce ne sont pas là des choses indifférentes, mais combien meilleurs seraient les résultats, si tous les praticiens étaient bien convaincus du rôle immense que joue l'infection en pathologie dentaire !

Nous avons pensé faire œuvre utile en nous efforçant de condenser ici en quelques pages ce que nous avons pu apprendre sur cette question. Si

nous avons eu le bonheur de convaincre les quelques indifférents que notre profession compte encore, nous serons amplement récompensé.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière de remercier nos maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole de médecine de Rouen, qui nous ont témoigné leur bienveillance pendant la durée de nos études médicales, principalement MM. les docteurs Olivier, Cerné, François Hüe, Ballay.

Nous adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance à notre excellent maître M. le docteur Brunon, qui nous a prouvé en maintes circonstances sa sympathie, et nous a suggéré l'idée de cette thèse.

Que M. le professeur Berger reçoive nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse inaugurale.

Nous croirions manquer à un devoir en n'offrant pas notre meilleur souvenir à nos anciens maîtres de l'Ecole dentaire de Paris, pour leur enseignement spécial, et particulièrement à M. Richard Chauvin, qui a bien voulu nous communiquer ses observations.

MICROBES DE LA BOUCHE

La bouche est un milieu essentiellement apte à la vie des microbes, qui y trouvent réunies les meilleures conditions de développement : chaleur, humidité, débris d'aliments, apport incessant de germes nouveaux par les boissons, les matières alimentaires.

Depuis longtemps, la fréquence d'accidents graves à la suite des traumatismes buccaux avaient frappé les observateurs. C'est ainsi que le professeur Richet signala jadis la gravité des fractures du maxillaire inférieur, gravité qu'il attribua à la déglutition et à l'absorption constante de liquides putrides engendrés au niveau du foyer. L'explication est fausse, mais elle repose sur un fait vrai, la putridité habituelle des liquides pathologiques provenant de la bouche.

De nombreux travaux ont été écrits sur cette question des infections buccales. Le plus complet

est celui de M. Wignal; mais on doit citer aussi ceux de Miller, relatifs à la carie dentaire, sans oublier que la première détermination d'un microbe pathogène appartient à M. Pasteur, qui décrouvrit le pneumocoque dans la salive d'un enfant enragé, et se garda bien, d'ailleurs, de conclure qu'il avait vu le microbe de la rage.

De tous ces travaux, il résulte que la flore buccale comprend plus de trente espèces. On peut les répartir en quatre groupes :

1° Les microbes caractéristiques des grandes maladies infectieuses; bacille de Koch, bacille de Loeffler, bacille de la septicémie salivaire, pneumocoque de Fränkel-Talamon, pneumo-bacille de Friedländer, bacille d'Eberth, bacille d'Escherich.

2° Les microbes habituels de la suppuration: staphylococcus pyogenes, aureus et albus, streptocoques.

3° Des microbes spéciaux, décrits par Miller, qui leur attribue un rôle prépondérant dans le développement des caries dentaires. Leptothrix innominata, bacillus buccalis maximus. Leptothrix buccalis maxima, iodococcus vaginatus, spirillum sputigenum, spirocrata denturis.

4° Des saphrophytes, hôtes habituels des putréfactions, des gangrènes, leptothrix buccal, bacterium termo, bacterium lincola.

A cette liste il faudrait ajouter plusieurs bactéries chromogènes, bacilles fluorescents, peut-être même

bacille pyocyanique ? dont la présence paraît avoir été signalés dans les crachats tuberculeux.

La très grande majorité de ces microbes se rencontre dans la bouche des sujets sains. Nous ne dirons pas, dans la bouche normale, car il est certain que les microbes de la carie dentaire ne doivent pas se rencontrer dans une bouche absolument indemne de lésions. Mais on trouve à *l'état normal*, dans la cavité buccale, des micro-organismes hautement pathogènes, parmi lesquels nous citerons surtout le pneumocoque, presque constant (Netter) et le bacille de Koch, dont M. Straus a récemment constaté la présence chez plusieurs élèves de son service, d'ailleurs non tuberculeux, mais inhalant à chaque instant des poussières provenant des salles.

On voit que la bouche recèle tout ce qu'il faut pour produire les accidents les plus graves, non seulement au point de vue local, mais encore au point de vue de l'infection générale. Les résultats obtenus par l'antisepsie locale dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, la grippe, sont là pour démontrer l'importance extrême de cette flore pathogène, qui ne demande qu'une circonstance favorable pour exercer ses ravages. Connaître les conditions qui prépareront et faciliteront son action est de la plus haute importance au point de vue de la thérapeutique générale. Au point de vue local, qui doit surtout nous occuper ici, cette importance n'est pas moins grande.

En effet, il y a autre chose qu'une simple question de réussite opératoire, bien que la chose ait son importance. Il y va, qu'on ne s'y trompe pas, de la vie du patient; il suffit pour s'en convaincre, de lire les faits épars dans la littérature médicale, faits qui montrent des malades mourant de pyohémie, de méningite, à la suite d'opérations pratiquées sur les dents. Pour les expliquer, l'ancienne médecine invoquait le choc opératoire, la douleur excessive, la perte de sang : nous savons maintenant que si ces causes interviennent, c'est à titre de facteurs secondaires : la grande cause des désordres, c'est l'infection.

Un fait évident est celui-ci : quand une cause favorisante n'intervient pas, cette flore infectieuse de la bouche n'a pour ainsi dire qu'une vie latente, et ne détermine pas de désordres. Pour qu'elle manifeste son pouvoir nuisible, il faut un trouble de nutrition qui modifie le milieu et le rende apte à laisser vivre et pulluler les microbes pathogènes. Le jour où ce trouble est réalisé, ceux de ces microbes qu'on croit contenus dans la bouche suffisent à semer l'infection. M. Galippe, dans ses recherches sur les stomatites, a bien fait voir que celles-ci ne sont pas dues à l'intervention d'un ou de plusieurs microbes spéciaux, mais simplement à la pullulation par place des hôtes habituels de la bouche.

Pour troubler la nutrition des éléments anatomiques protecteurs de la cavité buccale, il faut en somme assez peu de chose. Les maladies générales,

diabète, cachexies diverses, les maladies infectieuses, les intoxications (mercure, plomb), les traumatismes opératoires, réalisent toutes les conditions voulues pour cela. Mais on aurait tort, une fois admise cette importance prépondérante du terrain, de négliger les moyens capables d'agir sur le microbe. Depuis qu'on fait soigneusement l'antisepsie buccale dans les grandes maladies infectieuses, le nombre des complications locales ou éloignées de ces maladies a beaucoup diminué, et l'on peut dire qu'une rougeole, une scarlatine, une fièvre typhoïde dans lesquelles l'antisepsie aura été bien faite, ont beaucoup de chance de ne s'accompagner ni de néphrite, ni de broncho-pneumonie, ni de parotidite, alors que les complications étaient autrefois extrêmement communes.

Bien plus, et ceci montre bien l'importance immense des soins antiseptiques, M. Galippe a montré que dans la stomatite mercurielle, l'antisepsie par des solutions faibles de sublimé constitue le meilleur agent préventif et curatif.

Ce qui revient à dire que non seulement on peut faire en chirurgie buccale, de l'antisepsie, mais encore que l'asepsie est possible, malgré la facilité avec laquelle les agents infectieux intra-buccaux se renouvellent.

Envisageons d'abord les cas où il faut faire de l'antisepsie ; ceux où l'asepsie est possible nous occuperont après.

OPÉRATIONS QUI DOIVENT SE PRATIQUER DANS UN MILIEU DÉJÀ INFECTÉ

Carie dentaire. La carie est la plus commune des affections dentaires, elle présente, au point de vue local et au point de vue général, un très grand intérêt puisque d'une part, elle compromet d'une façon souvent irrémédiable l'appareil de la mastication, et que d'autre part elle peut déterminer des infections par propagation de la plus haute gravité, et enfin parce que ce sont les opérations pratiquées pour la traiter qui sont le point de départ habituel des graves complications septicémiques dont on trouve la lamentable nomenclature dans tous les traités.

La carie est-elle ou non, par elle-même, une lésion infectieuse ? Si l'on se reporte à l'énumération des bacilles que Miller y a décrits, une pareille question peut sembler oiseuse ; il n'en est rien cependant, car il n'est pas du tout démontré que ces bacilles soient le point de départ de la carie.

En effet, Miller lui-même, Miles et Underwood, tout en reconnaissant l'impossibilité de produire une carie vraie sans l'intervention des micro-organismes, sont d'accord pour soutenir que ces micro-organismes ne peuvent pénétrer dans la denture tant que celle-ci garde sa consistance normale. Il faut qu'elle soit ramollie, qu'elle ait subi une véritable décalcification. Mais le mécanisme de ce ramollissement prête lui-même à discussion. En effet, cette décalcification se produit sous l'influence des acides développés par fermentation dans la bouche; mais l'action de ces acides, pour réelle qu'elle soit *in vitro*, peut-elle s'exercer sur une denture vivante? A cette objection pathogénique, formulée par Underwood, il est difficile de répondre, des expériences ayant été faites qui conduisent à des conclusions contradictoires. Mais le fait certain qui subsiste, c'est que les acides n'exercent leur action que sur *certaines* dents, alors que *toutes* sont baignées par les liquides buccaux, et que, étant données deux dents à émail érodé, l'une aseptisée et obturée et l'autre abandonnée à elle-même, c'est la seconde seule qui sera affectée de carie. On a donné de ce fait une interprétation toute mécanique; la dent bien obturée est lisse, la dent laissée sans pansement présente des anfractuosités, des sillons, dans lesquels les micro-organismes pathogènes peuvent s'abriter et pulluler à leur aise.

Dans une intéressante publication, M. Viau a

montré que le rôle prépondérant dans les infections dentaires revient au tartre. C'est lui qui sert de support en quelque sorte aux microbes, qui les abrite, et leur permet d'exercer leurs ravages à l'abri d'une croûte protectrice.

Ces quelques considérations pathogéniques jettent sur la thérapeutique des caries une vive lumière. Pour les traiter, en effet, il ne suffit pas de soigner la partie malade de la dent : il faut encore se préoccuper des infections ambiantes.

Quelles mesures pouvons-nous prendre pour le traitement de la dent ou des dents malades ? A notre avis, le traitement de la carie dentaire doit répondre à deux indications principales.

En premier lieu, la destruction du foyer de carie.

En second lieu, en empêcher la reproduction ou la propagation.

Destruction de la carie. Le seul procédé utile consiste dans l'ablation de la portion malade, qui devra être détruite très soigneusement, la moindre parcelle de denture cariée pouvant, par les microbes qu'elle recèle, devenir le point de départ d'une récurrence ou d'une infection à distance. Que cette destruction soit effectuée par un procédé ou par un autre, c'est une pure question de manuel opératoire que nous n'avons pas à aborder ici. L'essentiel, est, que sa nécessité absolue soit hautement proclamée. Sous ce rapport, la pratique de

nos devanciers a reçu des doctrines antiseptiques une éclatante confirmation. Mais on ne saurait trop insister sur la nécessité *absolue* de pratiquer un nettoyage complet : nous allons écrire un curetage, tant la situation offre d'analogie avec ce qu'on voit pour les abcès froids, les endométrites, etc.

Traitement préventif des récidives. La résection ou le grattage de la cavité infectée ne suffit pas. Il faut y adjoindre une obturation bien faite, quand, bien entendu, l'état de la dent permet de tenter la conservation ; car dans le cas contraire, destruction de la carie serait simplement synonyme de destruction de la dent, au moins de la couronne. L'obturation peut être faite avec un grand nombre de substances différentes ; c'est encore une question de manuel opératoire que nous laissons de côté. Mais, quel que soit l'obturateur employé, il faut qu'il remplisse les conditions suivantes :

- Être parfaitement adhérent ;
- Être parfaitement lisse et poli.

Ces conditions, les dentistes les préconisaient autrefois au point de vue de la douleur à éviter et de l'esthétique à sauvegarder. Sans négliger ce dernier point, dont un dentiste, soucieux de son art, n'a pas le droit de faire abstraction, nous les préconisons surtout au point de vue antiseptique. L'adhérence parfaite et l'état lisse de l'obturateur sont surtout destinés à empêcher la réinfection de

la surface cariée par le séjour des microbes dans les anfractuosités d'où il serait impossible de les déloger.

Mais si parfaite que soit l'obturation d'une dent, elle ne suffit pas toujours à conjurer la récidive sur place, et surtout elle ne remédie pas à l'envahissement possible des autres dents par l'altération. Pour remplir cette dernière indication, que faut-il faire?

Si l'on réfléchit que la carie dentaire n'est pas, pour répandue qu'elle soit, commune à toutes les dentures, on en conclura immédiatement qu'elle doit, comme d'ailleurs toutes les infections, se rencontrer chez des prédisposés. Ici, comme partout, la question de terrain prime tout. Or, nous voyons que la carie appartient surtout à certaines races humaines, et il y a là une prédisposition anthropologique contre laquelle nous ne pouvons évidemment rien ; mais il est évident aussi qu'elle se rencontre de préférence chez des sujets débilités, chez des scrofuleux, chez la femme enceinte ; qu'à ces prédispositions générales vienne se joindre un ensemble de conditions locales malheureusement trop fréquentes : défaut de soins, accumulation de tartre, de débris alimentaires, et la carie se produira inmanquablement.

Pour bien faire, le dentiste devrait toujours être doublé d'un médecin, et ne pas se confiner dans l'étude des affections locales de la bouche et des dents. Il y a en effet, ici, toute une série d'indica-

tions qui ne sont plus du ressort de l'art dentaire, mais qui ressortissent à la thérapeutique générale : modifications hygiéniques, traitements toniques, tout cela peut et doit être mis en œuvre. Le malheur est qu'on n'en soit pas persuadé, et ici les malades ont leur part de responsabilité. Il est, en effet, difficile de faire accepter à un patient qui vient consulter pour une dent qui lui fait mal, un traitement général qui ne lui paraît pas justifié, et pour l'établissement duquel la compétence du dentiste lui semble insuffisante.

On a toujours, il est vrai, la ressource de conseiller à ces malades de recourir aux conseils d'un médecin. Mais en même temps, on pourra leur rendre service, et faire œuvre véritablement utile en leur conseillant la série de mesures antiseptiques bien simples que voici :

1° Nettoyage fréquent de la cavité buccale, enlèvement du tartre, ce qui, d'ailleurs, nécessite l'intervention du dentiste ;

2° Brossage régulièrement pratiqué le matin, au réveil, et après les repas, de manière à prévenir le séjour des débris alimentaires ;

3° Gargarismes antiseptiques.

Souvent ces moyens réussissent à eux seuls, mais il est bien évident que si cette antisepsie préventive, aidée, nous y insistons, d'un traitement général, peut suffire à empêcher la carie de se développer, elle est tout à fait insuffisante contre une carie

réalisée. Ici, c'est l'antisepsie chirurgicale qui représente le seul agent vraiment efficace.

C'est celle-ci qui va nous occuper maintenant.

Antisepsie opératoire.

Si l'on voyait un chirurgien opérer avec des instruments sales, sans avoir pris la précaution de se désinfecter les mains et de laver avec soin la surface opératoire, on n'aurait pas assez de sarcasmes et même assez d'injures à lui jeter. Et nous reconnaissons volontiers qu'on aurait raison. Cependant, en matière de chirurgie dentaire, c'est un spectacle auquel on assiste tous les jours, en sorte qu'à l'heure présente, un dentiste *chirurgicalement* propre est encore une exception.

Beaucoup croient avoir tout fait quand ils ont lavé leurs instruments ; assurément c'est mieux que rien, mais ce n'est pas suffisant.

Pour nous, nous croyons fermement qu'il n'y a pas de demi antisepsie, et qu'à ce point de vue il n'y a pas de petites opérations. On doit, théoriquement, soigner l'antisepsie aussi bien pour une simple incision que pour une laparotomie. Nous disons théoriquement, car, avec M. Dubois, nous reconnaissons qu'il est certains détails, tels que le costume spécial du chirurgien, qui ne sont pas applicables en matière d'art dentaire. Mais il n'y a

pas de considération qui puisse empêcher le nettoyage complet des mains, des ongles, des instruments et de la surface sur laquelle on se prépare à agir. Il n'y a pas non plus d'autre motif qu'une inexcusable routine qui mette obstacle à la stérilisation des instruments et des objets de pansement.

Ceci posé, supposons l'opérateur s'apprêtant à pratiquer soit une avulsion de dent, soit une extraction de racine, soit même simplement des pansements obturateurs.

Il devra d'abord se laver soigneusement les mains, au savon et à la brosse, et ajouter à ce lavage une irrigation antiseptique. Sauf contre-indication, tirée de la sensibilité cutanée exagérée, nous préférons pour cet usage le sublimé à tous les autres antiseptiques, et surtout à l'acide phénique, qui provoque une sensation de froid et d'engourdissement des plus gênantes, et peut même, chez certaines personnes, amener la formation de gerçures et de crevasses très dangereuses pour l'opérateur. On ne s'essuiera pas les mains, ou, si on les essuie, on se servira de linges stérilisés. S'il existe des écorchures, on les obturera soigneusement.

Si l'on pratique l'anesthésie par la méthode des injections, on aura soin de stériliser la seringue et de n'employer que des solutions très soigneusement stérilisées.

L'asepsie du champ opératoire s'obtiendra par

des gargarismes, des irrigations, des brossages ou des solutions antiseptiques.

Enfin, les instruments devront être stérilisés. Ici, une légère difficulté. Dans la plupart des opérations, la dessiccation parfaite des instruments est indispensable. On ne peut donc songer à les stériliser par immersion dans des solutions qui auraient d'ailleurs, le grave inconvénient de les détériorer, et qui nécessiteraient l'essuyage. La chaleur seule remplit les conditions voulues. Mais comment l'emploiera-t-on ? Il est clair que le flambage n'est pas applicable, l'étuve humide ou l'ébullition sont impraticables. Il reste, en somme, l'emploi de la chaleur sèche, qui n'abîme rien, et donne toute la sécurité voulue.

Il existe aujourd'hui des modèles d'étuves très portatives, que tout le monde peut avoir à sa portée, et qui fonctionnent soit au moyen d'un bec de gaz, soit au pétrole. Une étuve de ce genre devra toujours, à l'avenir, faire partie de l'outillage d'un dentiste.

L'observation rigoureuse de ces prescriptions est, nous le répétons, indispensable. Combien de contagions, d'infections diverses, dont les instruments du dentiste sont responsables ! Nous en citerons une surtout, dont la thérapeutique nécessite au préalable le bon état des dents : c'est la syphilis. De même que le cathétérisme de la trompe d'Eustache, l'examen au speculum, les opérations prati-

quées sur les dents, ont trop souvent servi de porte d'entrée à l'infection syphilitique.

Application des principes précédents.

Pour résumer ce que nous venons d'exposer ; prenons le cas le plus commun : le traitement d'une carie dentaire avec accidents infectieux (périodontite, périostite alvéolo-dentaire de Magitot). L'insensibilisation étant obtenue par les moyens habituels (injections cocaïnées, pulvérisations réfrigérantes avec l'éther, le chlorure d'éthyle, le chlorure de méthyle), on procède à un nettoyage soigné de la dent. Bien entendu, l'opérateur aura pris au préalable les précautions nécessaires, il se sera aseptisé les mains, il aura, par des irrigations, des gargarismes, désinfecté son champ opératoire. Dans certains cas, on recourra à l'énervement, à la destruction extemporanée de la pulpe. Est-il besoin de rappeler que ces opérations doivent être *rigoureusement* antiseptiques, et qu'en particulier les crochets et les instruments barbelés seront désinfectés avec le plus grand soin ? Ces préliminaires achevés, on procédera au pansement de la dent. Pour cela, un curage soigné, destiné à faire disparaître les plus petits débris de la denture infectée, sera pratiqué d'abord. Puis, avant d'obturer la cavité, beaucoup d'opérateurs introduisent dans son fond une

petite mèche enduite d'iodoforme ou de tout autre antiseptique.

S'il existe des complications locales, suppuration, décollement, on emploiera le procédé préconisé par M. Galippe, procédé qui consiste à détruire chirurgicalement la muqueuse gingivale et ensuite à traiter par des antiseptiques énergiques, sublimé au 2/1.000, au 4/1.000 la région ainsi nettoyée; opérations dont l'ensemble réclame d'ordinaire plusieurs jours. Si la suppuration est entretenue par un corps étranger, racine, esquille osseuse, provenant d'une ancienne fracture de l'alvéole produite pendant une extraction, on devra procéder à l'ablation de ces corps étrangers, sous peine de ne pouvoir tarir la source des suppurations, qui elles-mêmes seront une cause active de réinfection.

Si l'on se trouve dans l'obligation d'opérer l'avulsion, soit d'une dent entière, soit d'une racine, on évitera avec le plus grand soin tous les procédés qui exposent à la rétention de fragments, véritables corps étrangers septiques, dont la disparition absolue est la condition *sine qua non* du succès. On se gardera donc bien d'employer la clef de Garengéot, le moins antiseptique des instruments, on ne se servira que de daviers, préalablement stérilisés et que le dentiste aura toujours à sa portée.

Voici un fait qui prouve l'utilité de toutes ces mesures :

OBSERVATION I (Personnelle).

Le nommé Q..., employé à la Compagnie de l'Ouest, vient nous consulter pour une carie dentaire ayant entraîné la production d'accidents septiques.

Nous relevons dans ses antécédents une fièvre typhoïde, contractée pendant le service militaire, et accompagnée d'otite suppurée à droite. Un an après, embarras gastrique fébrile. Pas de syphilis, pas de rhumatisme; aucun signe de tuberculose.

Le 25 juillet, il a consulté un dentiste pour une carie du troisième degré avec périostite. Une première tentative d'extraction, faite avec la clef de Garengnot, amena la fracture de la couronne. Une seconde tentative, avec la pince, puis avec la langue de carpe, ne donne pas de résultat.

Le 27, la souffrance étant devenue intolérable, M. Q... consulte de nouveau. Un pansement est appliqué.

Le 28, malaise général, vomissements, frissons, insomnie, faiblesse. Il voit successivement le docteur Petitclerc et le docteur Ballay, qui lui prescrivent une purgation. Son état général s'améliore, mais la joue commence à se tuméfier; la souffrance est très intense. Le 2 août, la première et la deuxième molaire s'ébranlent; le 7, le docteur Ballay pratique une incision qui ne donne pas de pus. Contracture des mâchoires; appétit nul; expuition purulente. Constipation opiniâtre. Une incision donne cette fois du pus. Sur le conseil de M. Ballay, le malade vient nous trouver.

Nous constatons une périodontite suppurée, avec déchaussement de trois dents qui chancellent. Extraction de la deuxième molaire inférieure droite; injections phéniquées, puis pansements iodoformés (26 août).

Le 27, extraction de la deuxième racine de la dernière molaire.

Le 28, fièvre.

Le 29, le 30, injections..

Le 31, injections.

Les 1^{er}. 2 et 3, même traitement, sans grand résultat.

Le 6. extraction d'esquilles provenant d'une fracture alvéolaire produite par la clef de Garengot.

La suppuration diminue dès le lendemain, en même temps que l'état général s'améliore et que le sommeil reparaît.

Le 9, extraction d'une dernière esquille ; la suppuration cesse tout à fait.

Dans le cas qui précède, l'antisepsie a seule eu raison des accidents. Tous les traitements médicaux, et le traitement dentaire antérieur avaient échoué, faute de soins suffisants dans le pansement et aussi, disons-le, dans l'opération.

Voici maintenant des faits, dont nous devons la communication à l'extrême obligeance de M. Richard Chauvin, dans lesquels nous voyons une gingivite, due au mauvais état de la bouche, s'accompagner de phénomènes graves de septicémie générale. L'antisepsie énergique et complète de la cavité buccale a raison des accidents.

OBSERVATION II

Due à M. RICHARD-CHAUVIN.

M^{me} B. ., de Nogent-sur-Marne, se présente à ma consultation en avril 1885. Son état de santé est déplorable. Elle présente tous les caractères de la cachexie. Maigreur effrayante, teint verdâtre, affaiblissement poussé à ses dernières limites. Le moindre effort lui cause de l'oppression. L'inappétence est complète et le peu d'aliments absorbés est difficilement toléré.

Cette malade est depuis plusieurs mois au régime de la médication héroïque et son état va toujours s'aggravant ; son haleine est repoussante, même à une assez grande distance. A l'inspection de la bouche, sous un appareil prothétique posé récemment sur le conseil du médecin, dans le but d'améliorer la mastication, je découvre des racines infectées. Les gencives sont fongueuses et forment des fissures qui laissent deviner la présence des séquestres alvéolaires profondément enclavés dans la masse hypertrophiée ; la suppuration est abondante. Le pus bien lié est de couleur verdâtre. Toutes les racines infectées sont enlevées en deux séances. Les séquestres sont retirés moins facilement. Après plusieurs jours, l'état de la malade ne s'améliore pas sensiblement, la suppuration est toujours abondante, Quinze jours après le début du traitement, je parviens à retirer un séquestre situé très profondément au niveau de la grande incisive supérieure droite. C'était le dernier.

Trois jours après, la suppuration avait cessé et le travail de cicatrisation se faisait régulièrement ; l'appétit

et les forces commençaient peu à peu à revenir. Trois semaines après et sans autre médication, la malade était dans un état déjà très satisfaisant. Depuis deux ans passés aucun symptôme de rechute ne s'est manifesté.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. RICHARD-CHAUVIN.

M. M. L..., 20 ans, souffre depuis dix-huit mois environ de violents maux d'estomac. Le traitement auquel il est soumis, n'apporte aucune amélioration dans son état. Il est arrivé à un tel degré de faiblesse qu'il a été ajourné pour son volontariat. Son médecin, en désespoir de cause, attribuant à une mastication imparfaite la persistance de son état, lui conseille de se faire poser des dents artificielles. Il m'est adressé en mars 1886, par un client auquel j'ai soigné la bouche quelques mois auparavant. La fétidité de l'haleine du malade ne me laisse aucun doute sur la cause des maux dont il souffre. L'examen de la bouche me fait découvrir six dents à fistules, des racines recouvertes de bourrelets de gencive, une gingivite suppurée d'origine tartrique apporte son contingent à l'élaboration des produits infectieux. Le malade n'a du resté aucun besoin d'appareil de prothèse. Une seule des dents infectées ne pouvant être soignée sur place, est extraite de son alvéole et réimplantée suivant les règles de cette opération.

Ce malade a été vu au début et à la fin du traitement, c'est-à-dire trois semaines après, par le docteur Faucher, qui a pu constater son retour à la santé. Je l'ai revu cette

année en costume militaire ; il profitait d'un congé de quelques jours pour venir me serrer la main. Les exigences du service n'empêchent pas notre homme de jouir d'une excellente santé.

OBSERVATION IV

Due à M. Richard-Chauvin.

Une jeune femme, 26 ans, dans une situation précaire, habitant le Loiret, vint à Paris au commencement de septembre 1887 pour assister au mariage de son frère. Elle était atteinte depuis cinq ou six ans de troubles gastro-entériques qui, s'aggravant de plus en plus, lui occasionnaient d'intolérables souffrances. Depuis quelque temps aucun aliment, même liquide, n'était toléré. Des vomissements très fréquents et une diarrhée incoercible contribuaient à l'affaiblir de jour en jour.

Toute médication avait été impuissante jusque-là. Ayant eu l'occasion de me trouver avec elle, je fus frappé de l'odeur repoussante qu'exhalait sa bouche. Ce cas présentait, à mon avis, une frappante analogie avec les précédents, et j'osai lui faire entrevoir un espoir de guérison.

Elle me fut amenée le 5 septembre.

L'examen de la bouche ne me révéla, et j'insiste sur ce fait, qu'une gingive d'origine tartrique qui était passée secondairement à l'état phlegmoneux.

Le début de l'affection remontait vraisemblablement fort loin, mais la malade ne put lui assigner une date. Le derme mis à nu laissait écouler en abondance un liquide

séro-purulent. Je fis commencer le traitement qui consistait principalement en l'enlèvement du tartre, par mes élèves, MM. Chaigneau et Malinjourd, qui sont en même temps élèves de première année à l'Ecole.

L'odeur de la bouche était tellement repoussante, que ces messieurs étaient obligés, pour pouvoir continuer leur travail, de faire faire de fréquents lavages d'eau fortement phéniquée.

Avec deux séances par jour, le nettoyage dura quatre jours, car le sang coulant abondamment des gencives ulcérées, retardait beaucoup ce travail de déblaiement.

Ici le résultat fut extraordinairement rapide ; au 3^e jour la guérison, facilitée par de fréquents lavages d'une solution boriquée à 4 0/0 et par des badiageonnages de teinture d'iode, commençait à se dessiner ; les parties encore violacées décelaient la présence des parcelles de tartre oubliées qu'il était alors facile d'enlever.

Le vendredi 9 septembre, après-midi, la malade me déclara, que le matin, elle avait pris du lait et du bouillon sans les rejeter, le samedi elle s'essaya à manger, et put dans la journée prendre deux œufs, du lait et du bouillon.

Le dimanche 11 septembre, elle repartait dans son pays, et quelques jours après, elle m'informait que ses forces étaient revenues et qu'elle n'éprouvait pas le besoin de choisir ses aliments. Je considère, me disait-elle, que vous m'avez sauvé la vie.

En faisant la part de l'exagération dans l'expression de sa reconnaissance, on doit néanmoins convenir qu'une simple opération de chirurgie dentaire lui avait rendu la santé, ce qui prouve une fois de plus, l'utilité de bien connaître en pathologie buccale et l'intérêt qu'il y a, à examiner avec soin la bouche des malades.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. Richard-Chauvin

M^{me} C... m'est adressée en décembre 1879 par le docteur Bérillon.

Je constate chez elle une faiblesse extrême, des vomissements, facilement provoqués par l'odeur des mets, de la céphalalgie presque constante, et même les signes d'une auto-intoxication buccale, avec une haleine nauséabonde, une langue sale, de l'insomnie, de la diarrhée. En outre il existe une otite vieille de plusieurs années ayant entraîné la surdité. On la traite sans succès depuis plusieurs années.

Examen de la bouche. — Nous constatons : 1° Une gingivite fongo-ulcéreuse avec sécrétion abondante et fétide; 2° la présence d'un certain nombre de racines infectées, enchâssées dans des fongosités; 3° une dent de sagesse inférieure droite à laquelle nous attribuons la surdité; 4° un appareil de prothèse placé en avant et qu'on a recommandé d'enlever le moins souvent possible.

Traitement. — 1° le 14 décembre, extraction de la dent de sagesse. Pas d'amélioration de l'état général, mais disparition des douleurs d'oreille.

Le 16, extraction des racines infectées de la mâchoire supérieure. Quatre jours de repos, pendant lesquels nous prescrivons des lavages antiseptiques. Pas d'amélioration, haleine toujours repoussante.

2° Une séance assez prolongée pour l'enlèvement du tartre, cause de la gingivite. La malade est accablée, et nous décidons de reprendre le travail après huit jours d'intervalle.

Au bout de ce temps, il y a un changement considérable. L'appétit est revenu, l'haleine est presque normale, les vomissements, la diarrhée, l'insomnie ont cessé. J'extrais les racines inférieures et la dernière séance est consacrée au traitement des gencives. Trois jours après, la malade revient nous annoncer que les accidents ont cessé. Après huit années, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. Richard-Chauvin.

M^{me} R..., 65 ans, se présente à ma consultation le 18 mai 1889. Mêmes symptômes que dans l'observation précédente. Cachexie assez prononcée. Etat d'hébétude et de quasi somnolence; gingivite phlegmoneuse intense. Le pus sort des gencives à la simple pression, par plusieurs orifices. Odeur de nécrosé venant de l'alvéole mortifiée; les dents ébranlées baignent dans le pus.

Traitement. — Il consiste dans l'ablation des dents restantes. Etant donné l'état de la malade nous agissons avec beaucoup de prudence.

1^{re} séance. — Extraction de deux dents branlantes. Nous

recommandons à la malade des lavages antiseptiques très fréquents. Trois jours après, 21 mai, légère amélioration ; extraction de trois dents. Inutile de dire que le ciment est nécrosé, la pulpe morte, et que ces dents dégagent une odeur infecte. Repos trois jours. Lavages très fréquents.

24 mai, l'amélioration continue. Extraction de quatre dents, même traitement.

Nous remettons à trois jours l'extraction des trois dernières dents.

27 mai, amélioration très sensible ; la malade commence à manger, les vomissements sont rares ainsi que les sueurs. Extraction des trois dernières dents. Après un repos de trois jours la malade revient nous annoncer que les accidents ont presque complètement cessé ; qu'elle a marché sans fatigue pendant une demi-heure.

Après six semaines, époque à laquelle nous plaçons un dentier, la guérison s'est maintenue. Nous avons eu des nouvelles de cette malade le 9 juin 1895, son état est toujours satisfaisant.

OBSERVATION VII

Observation de *Gingivite syphilitique, localisée à la mâchoire supérieure*, par M. FERNAND MOUTON, dans la *Revue internationale d'odontologie*.

Le 3 décembre 1894, Ahmed-ben-Laouesse, soldat indigène au 3^e régiment de tirailleurs algériens, entre à l'hôpital militaire de Constantine avec le diagnostic : gingivite aiguë. Date de l'invasion : 1 mois.

La gencive inférieure est saine, au contraire de la gencive supérieure qui se présente sous la forme d'un bourrelet d'un rouge vif, de l'épaisseur énorme d'un doigt en travers. Le médecin-major prescrit un gargarisme au chlorate de potasse, alternant avec un gargarisme boriqué; deux jours après, un gargarisme antiscorbutique.

Le 8 décembre, par un examen plus approfondi, on reconnaît le malade atteint, en outre, de plaques muqueuses à la gorge et d'éruption papuleuse sur le tronc. Nous sommes donc en présence d'un syphilitique. Une solution d'iodure de potassium à 5 grammes lui est ordonnée; puis un collutoire chlorhydrique pour appliquer sur la gencive.

Malgré ce traitement, jusqu'au 21 décembre, date à laquelle le malade nous a été confié, la gingivite est restée absolument stationnaire.

21 décembre. La gencive supérieure a conservé sa teinte rouge vif; le bourrelet est de la même épaisseur; en y enfonçant un stylet, on a la sensation de pénétrer dans un tissu spongieux « très peu vascularisé ». Les dents sont quelque peu déchaussées, et, introduisant une sonde entre la gencive et la dent, il faut remonter très haut pour rencontrer le bord alvéolaire. De même que le bourrelet a son maximum d'épaisseur à la ligne médiane pour aller en décroissant et disparaître complètement à la hauteur des deuxièmes grosses molaires, de même le déchaussement va en décroissant pour arriver à être nul au collet de ces dernières dents.

A l'examen de la bouche, les dents très bien rangées ne présentent ni carie, ni obturation; aucune extraction. La muqueuse palatine n'est pas enflammée, mais cependant

ulcérée au collet des incisives, canines et prémolaires, comme l'est du reste à la partie antérieure de ses dents, le bord libre de la muqueuse gingivale.

Traitement : Nettoyage parfait des dents. Pas de tartre, mais un enduit crémeux, blanc grisâtre, d'odeur fétide, comme on le remarque dans la gingivite ulcéro-membraneuse. Injections tièdes d'eau boriquée à 3 0/0 au collet des dents, jusqu'à complète propreté, pointes de feu *très nombreuses* au thermo-cautère sur la gencive supérieure, depuis les incisions jusqu'à la première grosse molaire.

Gargarisme au chlorate de potasse, continuation de la solution d'iodure de potassium.

Le lendemain 22 décembre, dégonflement appréciable de la gencive, enlèvement de la desquamation épithéliale. Injections antiseptiques d'eau boriquée 3 0/0. Badigeonnage énergique à la teinture d'iode.

23-24 décembre, même traitement. La gencive s'améliore de plus en plus, le bourrelet a considérablement diminué de volume, le tissu gingival se condense et se vulgarise.

25-26-27 décembre, même traitement. On montre au malade à se brosser soigneusement les dents en lui enjoignant de le faire deux fois par jour et de se rincer la bouche chaque matin avec un verre d'eau tiède contenant une pincée de tannin.

Le 28 décembre la gencive a repris un bel aspect et le malade sort de l'hôpital sur sa demande.

Le traitement à l'iodure de potassium a été continué jusqu'à la fin.

Cette gingivite semble avoir été produite par des plaques muqueuses apparues dans le sillon gingivo-labial.

Comme conclusion nous ferons remarquer une fois de plus, après tant d'autres, combien est grande l'importance

du nettoyage parfait des dents, de l'asepsie de la bouche avant de commencer tout traitement, si l'on considère que quand ce malade, guéri en sept jours, nous a été confié, il avait été traité pendant dix-huit jours sans résultat.

Le malade est rentré de nouveau à l'hôpital le 3 mars, par suite de la réapparition de plaques muqueuses à la gorge, mais la gingivite n'a pas récidivé, seul le bord des gencives est légèrement aminci par suite de la perte de substance alvéolaire constatée lors du premier examen.

OPÉRATIONS A PRATIQUER DANS UNE BOUCHE NON INFECTÉE ANTÉRIEUREMENT

Ces opérations sont assez nombreuses, et aujourd'hui que la chirurgie dentaire, sous l'influence des idées américaines, tend à devenir de plus en plus conservatrice, elles occupent le premier plan dans la partie esthétique de notre art.

Elles peuvent avoir pour but de combler des lacunes congénitales ou accidentelles, de redresser des dents défectueuses, enfin de remédier à des douleurs que les soins antérieurs n'ont pas calmées, c'est-à-dire qu'elles sont tantôt du domaine de la prothèse, et tantôt du domaine de la chirurgie proprement dite.

L'art dentaire de nos devanciers ne connaissait guère que la prothèse, au moyen d'appareils plus ou moins lourds et encombrants. L'odonto technie moderne y a ajouté diverses opérations dont l'exécution est subordonnée à l'observation stricte de

l'antisepsie : la couronne artificielle, la réimplantation, la transplantation, l'implantation.

La couronne artificielle nous arrêtera peu, elle consiste à introduire dans une racine et après dévitalisation de la pulpe, une dent artificielle montée sur un pivot qui pénètre dans la racine. Il va de soi que la dent, le pivot, son point d'implantation doivent être rigoureusement stérilisés.

Il n'en est pas de même des autres opérations, qui constituent un cas particulier de la greffe, dont l'introduction en thérapeutique dentaire est due à Magitot. Pour le dire en passant, c'est sur les dents, qu'a été la première fois scientifiquement essayée l'opération de la greffe, dont la chirurgie fait aujourd'hui un si fréquent usage. Expérimentalement, la question a été étudiée par Mitscherlich, puis par Fredel, par Rollin, etc.

Voici maintenant la technique de la réimplantation. On sait que cette opération se pratique quand, pour une raison quelconque, une dent a quitté son alvéole sans qu'il y eût nécessité absolue de l'enlever. Pour, la pratiquer, on doit prendre une série de précautions visant les soins à donner à la dent, à l'alvéole, nous ne nous arrêterons que sur les particularités importantes au point de vue antiseptique.

Préparation de la dent. — Celle-ci, préalablement lavée et débarrassée de toutes les souillures, sera placée immédiatement dans l'eau à 40°,

à laquelle on aura ajouté soit de l'acide borique à saturation, soit un millième de sublimé, ou encore un centième d'acide phénique, puis la racine est grattée, s'il y a lieu, de façon à faire disparaître les points malades, le canal dentaire lavé et vidé.

L'alvéole qui doit recevoir la dent sera d'abord irriguée avec un liquide antiseptique, passée à la fraise, préalablement stérilisée, et enfin irriguée de nouveau. Ce n'est qu'après tous ces soins que la dent sera mise en place.

La transplantation diffère de la réimplantation en ce que la dent à placer dans l'alvéole n'est pas celle qui y était originairement contenue. On peut l'emprunter au sujet lui-même (greffe auto-plastique) ou à un autre (greffe hétéroplastique). L'antisepsie rigoureuse est ici plus nécessaire peut-être que dans le cas précédent, le sujet à qui la dent est empruntée devant être exempt de toute tare infectieuse : syphilis, tuberculose, et la dent ne devant être prise que dans une bouche absolument saine.

L'implantation exécutée pour la première fois par Younger, offre cette particularité remarquable de pouvoir être faite même avec des dents sèches. Malgré l'in vraisemblance d'une pareille opération, il faut bien s'incliner devant les faits, et sans être très nombreux, ils le sont actuellement assez pour que l'opération ne puisse être mise en doute.

Des précautions antiseptiques rigoureuses doivent être mises en œuvre, en particulier l'asepsie

des doigts et des instruments sera très attentivement surveillée, et la bouche nettoyée préalablement avec les soins les plus minutieux. En effet, il est indispensable d'essayer plusieurs fois la dent avant de la mettre en place. L'alvéole devra être évidée à la fraise, et comme ce genre d'instrument s'encrasse très vite, on devra préférer les fraises d'un modèle spécial (fraises d'Oltafy), dont la construction spéciale permet un nettoyage complet. Quant à la dent, elle sera maintenue, dans l'intervalle des présentations, immergée dans un liquide antiseptique chauffé à 55° ou 60°.

Les mêmes préoccupations antiseptiques doivent guider le praticien dans une foule d'opérations en apparence presque insignifiantes, telles que le redressement de dents vicieusement plantées, l'application d'appareils prothétiques. Pour ceux-ci, les lavages minutieux répétés tous les jours sont indispensables. Qu'on nous permette de citer à ce propos un petit fait, très banal assurément, mais dont l'enseignement ne doit pas être perdu.

OBSERVATION VIII

M^{me} B... a perdu, à la suite d'une grossesse, quatre dents, une incisive supérieure, la canine supérieure gauche, la deuxième et la troisième molaire du même côté. Pour masquer le vide qui en résulte, M^{me} B... porte une pièce adhérente par pression. Une coquetterie mal

entendue l'empêche de retirer tous les soirs ses dents artificielles. Celles-ci ne tardent pas à déterminer de la douleur. Nous constatons une gingivite avec gonflement marqué et tendance à la suppuration. Quelques lavages antiseptiques et surtout la stérilisation de la plaque ont rapidement amené la disparition des accidents.

Nous arrivons maintenant à un sujet dont nous tenons à dire quelques mots, bien qu'au premier abord il puisse sembler étranger à notre sujet. Nous voulons parler des accidents auxquels donne lieu, soit l'évolution des germes dentaires pendant la première enfance, soit l'évolution du germe dit de la dent de sagesse, à un âge plus avancé.

La question, portée au mois d'août 1892 devant l'Académie de médecine, a donné lieu à une discussion dans laquelle M. Magitot s'est élevé contre le rôle pathogénique attribué à l'évolution des dents, tandis qu'au contraire les médecins d'enfants et les accoucheurs, avec M. Charpentier, soutenaient que si le rôle de l'évolution dentaire avait été exagéré, il n'en reste pas moins certain. Seulement, on peut affirmer que l'évolution des dents, considérée en elle-même, n'est qu'un prétexte.

Voici des faits de cet ordre :

OBSERVATION IX

Thèse de Mahieu, Paris, 1893.

M. G..., âgé de 23 mois, est pris une nuit d'accidents fébriles intenses, sans que rien avant son coucher ait pu les faire prévoir; très gai, très bien portant, l'enfant avait joué avec sa petite sœur toute la journée précédente. Cette fièvre qui le réveilla brusquement s'accompagna de sueurs profuses et d'une agitation extrême. L'enfant poussait des cris, avait des frayeurs que rien ne pouvait calmer: la nuit se passa tout entière de la même façon. Le lendemain matin, on remarqua que les gencives étaient fortement gonflées et que les canines inférieures et supérieures paraissaient prêtes à sortir. L'enfant, du reste, manifestait par les quelques mots qu'il savait prononcer et par ses gestes, que le siège de la douleur était aux gencives.

Cet état dura toute la journée et toute la nuit suivante, sans que l'enfant ait voulu ni manger, ni boire, ni jouer.

Le soir, le thermomètre indiquait 39°9, l'auscultation ne révéla à ce moment que quelques râles ronflants et sibilants généralisés. Trente-six heures après le début de la maladie, les symptômes douloureux ne s'étaient pas amendés, la température restait toujours au voisinage de 39°; l'auscultation fit découvrir alors un petit foyer de broncho-pneumonie vers la partie moyenne du poumon droit en arrière. La tuméfaction des gencives n'ayant pas diminué, et la douleur paraissant toujours aussi vive, on

fit une double incision gingivale à la mâchoire inférieure, en même temps que l'on appliquait des révulsifs sur le côté droit de la poitrine en arrière.

Les accidents pulmonaires s'améliorèrent bien vite ; la température quoique restant toujours élevée, s'abaissait progressivement, on constata à ce moment, cinq jours après le début de la maladie, que les canines inférieures avaient fait leur apparition à la suite de la petite incision.

Mais l'enfant n'avait pas encore repris son caractère habituel.

Fatigué par l'insomnie et la douleur, il avait perdu l'appétit, et, du reste, ses canines supérieures étaient toujours recouvertes d'une muqueuse rouge, oedématisée. L'inflammation s'était propagée à toute la cavité buccale, la salivation était abondante. Les quelques aliments, toujours liquides, qu'on lui donnait étaient aussitôt rendus.

La diarrhée apparut vers le huitième jour seulement et prit immédiatement une intensité extraordinaire. Il y eut, dans les vingt-quatre heures, au moins vingt selles séreuses, la température, à ce moment-là, remonta brusquement à 39°8.

Du côté de la poitrine l'auscultation ne découvrait rien qui expliquât cette hyperthermie : à peine quelques râles sibilants. Aussitôt l'habitus extérieur changea, le *faciès abdominal* avec ses yeux excavés, cernés, l'amaigrissement et la pâleur de la figure dévoilèrent une gastro-entérite aiguë. La soif était inextinguible. Une potion au salicylate de bismuth additionnée de deux gouttes de laudanum de Sydenham fut prescrite en même temps qu'on pratiquait l'incision des gencives supérieures.

Les vomissements s'arrêtèrent presque aussitôt et la diarrhée changea de caractère : de séreuses, les selles devinrent demi-solides, et quatre jours après, une constipation succéda à la diarrhée ; on était alors au treizième jour de la maladie. La température descendit progressivement et se maintint jusqu'à la convalescence à 36°5.

Nous ne voulons pas omettre de signaler l'agitation extrême de l'enfant pendant toute sa maladie, agitation qui n'était calmée, et pour un temps très court, que par les bains tièdes à 28°, et d'une durée de vingt à trente minutes. L'enfant fut mis au régime du lait stérilisé.

Le vingtième jour, l'enfant était en convalescence, ses canines avaient fait leur apparition et quelques jours plus tard il avait repris son caractère jovial et son train de vie habituel.

OBSERVATION X.

Troubles digestifs et accidents pulmonaires survenus chez six enfants allaités par leur mère pendant la période de dentition (Thèse de MAHIEU).

Cette observation se rapporte aux quatre filles et aux deux garçons d'un de nos maîtres actuels de la Faculté, qui a bien voulu nous la communiquer. Son authenticité ne peut donc être contestée.

Au point de vue héréditaire, il n'y a rien à noter, sauf quelques manifestations arthritiques : chez le père, migraines fréquentes, et de temps en temps amygdalites et angines aiguës, chez la mère, migraines également fréquentes.

Ces six enfants élevés dans un milieu des plus confortables, ne manquant d'aucuns soins, et constamment sous la surveillance du père et de la mère, ont toujours eu la même nourriture : sein maternel et lait stérilisé dans la marmite américaine. Ils n'ont subi aucun changement de régime, et ont été sevrés à un an au maximum.

Les accidents pulmonaires et les troubles digestifs ne se sont jamais montrés qu'au moment où chaque groupe de dents apparaissait, suivant l'évolution physiologique.

La dentition a été très précoce pour l'une des filles (au 5^e mois) et légèrement retardée pour l'aînée (au 8^e mois) ; chez celle-ci, les accidents ont été plus intenses que chez ses frères et sœurs. En outre, trois de ces enfants, pour l'apparition du dernier groupe de dents, ont présenté de la gingivite extrêmement prononcée.

Dans chaque cas, les troubles digestifs et les accidents pulmonaires ont précédé, annonçant, pour ainsi dire, l'apparition de chaque groupe de dents. Les troubles digestifs ont consisté en vomissements abondants et répétés, souvent accompagnés d'un peu de diarrhée. Chez l'aînée, l'intolérance gastrique a été absolue pendant plusieurs jours, l'enfant rejetant immédiatement ou presque immédiatement le lait qu'elle venait de téter. La conséquence de ces troubles a été une diminution de poids chez les uns, ou l'état stationnaire chez les autres, jusqu'au percement des dents.

Au point de vue pulmonaire, tous les enfants ont présenté des signes de bronchite, mais, dans aucun cas, cette bronchite n'a pris un caractère de gravité.

Dans tous ces cas, l'évolution dentaire a été la cause, où, si l'on veut, le prétexte de manifesta-

tions infectieuses portant sur divers appareils. Nous appuyant sur des faits dans lesquels les abcès du sein de la nourrice dépendent certainement d'une infection par les microbes contenus dans la bouche de l'enfant, nous croyons fermement que l'antisepsie buccale bien faite empêcherait les infections dites : bronchites, diarrhées, etc., de la dentition, et que, de même qu'on empêche un nourrisson d'infecter celle qui l'allait, on pourrait prévenir ces accidents, qui leur paraissent être des résultats de l'auto-infection d'origine buccale.

C'est parce que nous avons cette conviction que nous avons donné place ici à ces observations.

Nous devons ajouter que chez les enfants dont la bouche est fréquemment nettoyée et dont la nourrice prend pour elle-même les précautions nécessaires, nous n'avons jamais vu survenir d'accidents au moment de l'éruption des dents.

DU CHOIX DES ANTISEPTIQUES

Primo non nocere, disait la vieille médecine. C'est un précepte toujours actuel. En matière d'antisepsie, il ne faut pas le perdre de vue, des antiseptiques trop énergiques et appliqués hors de propos peuvent compromettre la vitalité des éléments anatomiques, et par suite leur puissance défensive, si bien mise en relief dans la théorie de la phagocytose de Metschnikoff.

Dans la pathologie dentaire, on ne peut pas employer indifféremment tous les antiseptiques usités dans la pathologie chirurgicale, parce que certaines substances, indifférentes vis-à-vis d'autres tissus, deviennent dangereuses pour le tissu dentaire.

De tous les moyens hygiéniques, le meilleur est certainement le savonnage de la bouche. Qu'est-ce que le savon ? Le savon est un corps qui émulsionne, dissout et enlève les matières grasses accumulées sur la peau et « formant un manteau protecteur pour les impuretés de toutes sortes, y compris les microbes ramassés un peu partout. »

Par le savonnage de la bouche on constate, comme le dit Camescasse (1) que nous ne pouvons mieux faire que citer :

1° La disparition définitive de la fétidité de l'haleine, du mauvais goût persistant perçu par le patient ;

2° La guérison sans retour des suppurations péri-dentaires, alvéolaires et autres, causées par l'existence des chicots.

Cette guérison s'obtient, indépendamment de l'extraction des chicots, par le seul secours du savonnage et du rinçage de la bouche avec une solution faiblement antiseptique, une des formules suivantes, par exemple, une cuillerée à café dans un verre d'eau :

Acide thymique.....	0 g. 25
— benzoïque.....	3
Teinture d'eucalyptus.....	15
Alcool à 90°.....	100
Essence de menthe.....	0 75

ou encore :

Acide thymique.....	0 15
Bichlorure d'hydrargyre.....	0 02
Acide benzoïque.....	3
Teinture d'eucalyptus.....	15
Alcool.....	100
Essence de menthe.....	0 75

(1) Art. 15.863. *Journal méd. et chir. pratique*, 1894.

Ces chicots redeviennent même des organes propres à la mastication.

3° Arrêt des caries dentaires en cours d'évolution. Ce phénomène ne se produit qu'au bout de quelques semaines, mais il est des plus nets. Les dents cariées ont cessé d'être douloureuses.

4° Préservation des dents saines.

Ce qu'il y a d'important dans la préparation de l'eau savonneuse et que nous tenons à noter : se servir d'une eau débarrassée de tous ses éléments calcaires. On se sert pour cela de carbonate de soude et on filtre. Quant au *modus faciendi* il est des plus simples :

« La brosse à dents humide est passée sur le savon quelconque qui sert à la toilette et de là portée sur les dents :

Il faut être à jeun, au moins les premières fois, sans quoi l'effet nauséeux va jusqu'au vomissement soit dès le début, soit quand la brosse s'adresse à la face interne des dernières molaires supérieures et touche ainsi le voile du palais.

Il faut également gratter la langue pour peu que l'état saburral soit prononcé.

Ne jamais oublier que lorsqu'il s'agit d'une brosse neuve, il faut la laver à l'eau bouillante, au savon de façon à la rendre très propre. On connaît les affections contagieuses transmises par des brosses à dents et on voit que le charbon lui-même a parfois été véhiculé par les poils des brosses à dents.

En fait d'antisepsie buccale, tout a été employé, et rien n'a donné de résultats amplement satisfaisants.

Tantôt on a employé des antiseptiques à haute dose et si on a pu être utile, au point de vue microbien, on a pu nuire à l'épithélium buccal. Tantôt au contraire, les antiseptiques employés ont une action illusoire et nous donnent une fausse sécurité.

En somme, ce que nous recommandons, comme soins journaliers de la bouche, ce sont :

1° Matin et soir, se brosser les dents avec une brosse convenable et pratiquer le savonnage de la bouche ;

2° Se brosser ensuite les dents avec une poudre dentifrice, de façon à empêcher le tartre de se développer ;

3° Se rincer ensuite la bouche avec un des élixirs dont nous avons parlé plus haut.

4° Faire usage du rince-bouche après chaque repas.

Quant aux personnes qui portent des dents artificielles, voici comment on peut résumer les règles hygiéniques qui les concernent :

1° Si les dents artificielles sont fixes, il faut se laver la bouche après chaque repas et se brosser les dents avec une brosse à crins flexibles, qui pénètrent bien dans tous les interstices, de façon à en chasser les substances étrangères ;

2° Si les pièces sont mobiles, « elles doivent être

soigneusement nettoyées après chaque repas, en dehors de la bouche », et n'être remises en place que lorsque la bouche aura été elle-même parfaitement nettoyée et lotionnée.

3° Pendant la nuit, on retirera les pièces artificielles mobiles, et on les mettra dans un vase contenant de l'eau boriquée à cinq pour cent.

CONCLUSIONS

I. — L'antisepsie buccale est à la fois un moyen préventif et une méthode curative.

II. — Elle doit être pratiquée avec certains ménagements. Son rôle doit surtout être d'empêcher la pullulation des micro-organismes contenus dans la bouche.

III. — Les moyens à employer sont le brossage, le lavage soigneux après les repas, les solutions antiseptiques non irritantes, saccharine, acide salicylique. Le sublimé ne doit être employé qu'en solutions faibles.

IV. — En matière de chirurgie buccale, on doit non seulement s'efforcer de faire l'antisepsie, mais on sera rigoureusement aseptique : on ne saurait trop prendre trop de soins des instruments.

V. — La plupart des complications dentaires des maladies infectieuses, et tous les accidents septiques consécutifs aux interventions opératoires, peuvent être évités par l'application exacte des procédés antiseptiques.

VI. — Nous recommandons par-dessus tout le savonnage de la bouche.

BIBLIOGRAPHIE

- Harris, Austen et Andrieu.* — Traité pratique et théorique de l'art du dentiste, 1884.
- Jean Camescasse.* — Antisepsie de la bouche et du pharynx. Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 25 mars 1894.
- Magitot.* — Hygiène dentaire. In Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, tome XXVII.
- Combe.* — De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire, 1879.
- A. Preterre.* — Les dents, leurs maladies, leur traitement et leur remplacement, 1884.
- A. Heydenreich.* — Traité de Chirurgie publié sous la direction de Duplay et Reclus, tome V.
- Audibran.* — Traité sur les dents artificielles incorruptibles, 1821.
- Tressant.* — Sur les soins à donner aux dents de seconde dentition, 1828.
- Viau.* — Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents, 2^e édition.

Lafon. — Hygiène de la peau.

Macé. — Traité pratique de bactériologie, 1889.

Verneuil. — Mémoires de Chirurgie, tome II, 1880.

Thoinot et Masselin. — Précis de microbie médicale et vétérinaire, 1889.

Degoix. — Hygiène de la toilette, 1891.

E. Monin. — L'hygiène des riches.

Dubief. — Manuel pratique de microbiologie, 1888.

David. — Les microbes de la bouche, 1890.

Richard. — Hygiène alimentaire, tome II, 1890.

Vu : Le Président de la Thèse, Vu : Le Doyen,
BERGER. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

